JOSÉ GILDARDO RAMÍREZ GIRALDO
Magistrado

| | |
|---|---|
| Proceso: | Verbal de responsabilidad médica. |
| Demandante: | DIANA JOHANA OSPINA JARAMILLO Y/OS |
| Demandado: | EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO |
| Radicado: | 05088 31 03 001 202000114 01 |
| Decisión: | Confirma sentencia |
| Sentencia No: | 008 |

**DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN**
**TRIBUNAL SUPERIOR**
**SALA TERCERA DE DECISIÓN CIVIL**

Medellín, nueve de mayo de dos mil veintidós

Se procede a decidir por la Sala Civil del Tribunal Superior de Medellín, el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia del 7 de septiembre de 2021 proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de Bello, dentro del proceso Verbal de responsabilidad médica instaurado por DIANA JOHANNA OSPINA JARAMILLO en nombre propio y en representación de su hijo menor JUAN ANDRÉS QUINTERO OSPINA; ZORAIDA ANDREA OSPINA JARAMILLO en nombre propio y en representación de hija menor SOFIA ARANGO OSPINA en contra de EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO y ROBERTO JUAN STEER ROSADO.

## I. ANTECEDENTES

**1.1. El petitum.** los demandantes solicitan se declaren civil y solidariamente responsables a los doctores FLOREZ ROMERO y STEER ROSADO por los perjuicios ocasionados por las atenciones

médicas brindadas a la señora LUZ MERY JARAMILLO TABARES en las instalaciones de la E.S.E. BELLO SALUD, las cuales generaron su muerte el 12 de febrero de 2016. Como consecuencia se CONDENE solidaria y conjuntamente a los demandados a los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados.

**1.2. Causa petendi.** Como sustento del petitum manifiestan los actores que la señora Luz Mery Jaramillo ingresó el 3 de febrero de 2016 por consulta externa de la E.S.E. BELLO SALUD, la cual se encontraba en el régimen subsidiado, aduciendo como motivo de consulta "*me asfixio mucho*", siendo atendida por el médico de turno CAMILO ANDRÉS BEDOYA CADAVID quien indica en la historia clínica que ésta presenta "…*Cuadro clínico de 1 semana de evolución consistente en tos húmeda, malestar general y fiebre los 2 primeros días. Ayer presentó episodio de Disnea asociado a mareo. Dice que al caminar o subir pendientes presenta disnea y el mareo. Ha mejorado al tomar algo dulce. Sin más síntomas asociados", y ordena Rx de tórax, con el diagnóstico "BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA*" formulando medicamentos.

Posteriormente, el 9 de febrero de ese año ingresa nuevamente a urgencias y es atendida por el Dr. Edward Antonio Flórez Romero, quien registra como motivo de ingreso "…*Cuadro de 1 día de evolución con dolor en el pecho, brazo izquierdo y el lado izquierdo del cuello, refiere que se hace más intenso cuando respira profundo o al caminar, niega otro síntoma*", encontrando al examen físico presión arterial 147/112, frecuencia cardiaca 123 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, ordenándosele electrocardiograma, en el que se encuentra una frecuencia cardiaca de 199, ritmo sinusual, onda T invertida, asimétrica, poco profunda en DIII+V1+V2+V3 sin alteraciones del segmento ST, diagnosticándosele "*Dolor precordial*" dejándola en observación y suministrándole medicamentos, realizando un segundo electrocardiograma de control, ordenando darla de alta,

con orden para HLG (hemoglobina libre en suero), fórmula médica y signos de alarma.

Aseguraron que con estos datos clínicos era claro que no se trataba de un cuadro normal, ya que la *lex artis* indicaba que se debía avanzar, pues un dolor precordial, asociado a hipertensión, taquicardia y electrocardiograma evidenciaban cambios que correspondían a una posible lesión isquémica en la cara anterior o en el septum cardiaco dado por las derivaciones DIII, V1, V2, V3, debiendo buscar la presencia de una afección coronaria aguda. Señalaron que de manera negligente se procedió a aplicar analgésicos y previo al egreso hace un examen físico encontrando presión arterial 144/95, frecuencia cardiaca 122 por minuto, frecuencia respiratoria 20 y el electrocardiograma determinó una frecuencia cardiaca de 119 ritmo sinusal, onda T invertida en DIII+AVF+V1-V3, asimétrica, poco profunda y bajo voltaje, conceptuándose por parte del galeno que: "*CONSIDERO CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS COMO NORMALES PARA LA PACIENTE Y QUE LA TAQUICARDIA SE ATRIBUYE A POSIBLE ANEMIA. SE DA ALTA CON ANALGÉSICOS Y EXÁMENES, INCLUIDO TOMA SERIADA DE TENSIÓN ARTERIAL, SE EXPLICA Y SE DAN RECOMENDACIONES*". Fueron enfáticos en afirmar que la falla médica es evidente pues el segundo electrocardiograma acreditó la progresión de la lesión, sin que se indagara sobre antecedentes familiares, para conocer que el padre de la paciente había fallecido a los 50 años por un paro cardiaco.

Argumentaron que el 11 de febrero la paciente vuelve a ingresar al servicio de urgencias y el motivo de consulta se describió como "*SE ME BAJA LA PRESIÓN, DOLOR EN CUELLO*", siendo atendida por el Dr. Juan Roberto Steer Rosado, quien registró en la historia clínica que estaba pendiente los resultados de exámenes, aportándose electrocardiograma del 9 de febrero de 2015 normales, con dolor

cervical a la movilización del cuello lado izquierdo, y sin realizar nuevos exámenes o analizar integralmente los que tenía para concluir que se trataba de una "*PACIENTE CON DOLOR CERVICAL O SINDROME DE ANSIEDAD*" diagnosticándole "*CERVICALGIA, OTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADOS*" y remite a la paciente a observación para la aplicación de medicamentos, brindando tratamiento ambulatorio y dando de alta.

Cuentan que el 12 de febrero de 2016 la paciente se desmaya en su casa, siendo trasladada a urgencias de la CLÍNICA EL ROSARIO, donde ingresa con un paro cardiorrespiratorio y sin signos vitales, haciendo maniobras de reanimación sin éxito, declarándose la muerte a las 12:35 pm, por "*PARO CARDIACO NO ESPECIFICADO, PAROCARDIORESPIRATORIO*".

Finamente estimaron que el fallecimiento fue producto de la impericia, imprudencia y negligencia de los médicos EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO y ROBERTO JUAN STEER ROSADO, produciendo un intenso sufrimiento en sus hijas y nietos lo que se traduce en perjuicio moral y vida de relación; además, del daño emergente consolidado y futuro ante la necesidad de contratar una persona que cumpla las labores de ama de casa que desempeñaba la madre fallecida.

**1.3. Trámite, contestación de la demanda y excepciones.** Una vez admitida la demanda en auto del 28 de septiembre de 2020 se surtió la notificación de los demandados. El Dr. Edwuar Antonio Flórez fue notificado por conducta concluyente mediante providencia del 24 de noviembre de 2020 y al Dr. Roberto Steer Rosado mediante providencia del 7 de diciembre de 2020.

EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO dio respuesta a la demanda, a través de su apoderado judicial, indicando no constarle algunos hechos ni lo consignado en la historia clínica en la que él no participó; refirió que respecto de la atención brindada el 9 de febrero de 2016 y las apreciaciones que se hacen en la demanda son subjetivas y falsas, pues acatando los protocolos médicos y conforme los signos y síntomas presentados por la paciente, no se realizaron otros exámenes de laboratorio debido a la sintomatología que presentaba en ese momento la víctima, pues era indicativa de un diagnóstico diferencial para "*DOLOR PRECORDIAL*", el cual es general y no específico de patología cardiovascular. Aclaró que el término "precordial" se refiere a la región anterior del tórax y el dolor allí es frecuente; relató que este se presenta como un malestar en el pecho que puede incluir dolor leve, sensación de ardor o agobio, dolor punzante agudo y dolor que se irradia hacia el cuello o los hombros, que puede originarse en problemas extra-cardiacos no indicativos de un riesgo cardiovascular, cuyas causas no se debe a una enfermedad subyacente y pueden variar entre afecciones respiratorias, alteraciones ósea y musculares, enfermedades del aparato digestivo, neuritis intercostal, entre otras, dificultando un diagnóstico único e inequívoco.

Finalmente precisó que, con los datos clínicos recopilados, el examen físico y el electrocardiograma no se trataba de un cuadro clínico normal, pues ningún cuadro clínico lo es, por lo que basado en la *lex artis,* se avanzó en la precisión diagnóstica. Admitió que con los hallazgos se podría considerar una lesión isquémica, pero estos no son únicos y/o inequívocos de esta lesión. Los hallazgos al examen físico de la paciente, dolor a la palpación de región precordial, cara lateral izquierda de cuello que se exacerban con la movilización del brazo, correspondiente a patología osteomuscular

no a patología cardiovascular. Tampoco los resultados del electrocardiograma son inequívocos de lesión isquémica, pueden corresponder a miocardiopatía hipertrófica o la hipertrofia ventricular izquierda que son de carácter crónico y no requieren manejo de urgencias. Insistió que no es cierto que no se haya realizado un enfoque de riesgo pues se procedió a realizar observación evolutiva y tratamiento farmacológico y se orientó al manejo del síntoma cardinal referido "dolor", informando a la paciente los signos de alarma y realizando otro electrocardiograma de control que no mostró cambios en las características de las ondas y que se constató con la mejoría del cuadro clínico, y por ello se da de alta, sin desestimar los hallazgos en el electrocardiograma que generan sospecha de cardiopatía crónica, incluida una hipertensión no diagnosticada por lo que se orienta exámenes ambulatorios y seguimiento, brindando una atención perita, prudente y cuidadosa, respetando la máxima de que lo primero es no hacer daño. Aclaró que las apreciaciones del apoderado son subjetivas, que el ejercicio de la medicina genera una obligación de medio que busca mejorar o recuperar el estado de salud del paciente en el marco de las posibilidades científicas e indicativas por los síntomas y signos, y no se trata de una ecuación matemática con un resultado exacto, como lo ha expresado el Consejo de Estado en su jurisprudencia.

Se opone a las pretensiones formulando como excepciones de fondo: "*FALTA DE JURISDICCIÓN O COMPETENCIA; FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA; INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO-DILIGENCIA Y CUIDADO; AUSENCIA DE DERECHO DE LOS DEMANDANTES PARA RECLAMAR DAÑO EMERGENTE CONSOLIDADO; DILIGENCIA Y CUIDADO-AUSENCIA DE CULPA; INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS; INEPTITUD DE LA DEMANDA; INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN; MALA FE DEL DEMANDANTE Y BUENA FE DE MI DEFENDIDO*".

LLAMAMIENTO EN GARANTÍA. El demandado EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO llamó en garantía a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, quien una vez notificada dio respuesta indicando que respecto de la demanda principal alguno hechos son ciertos conforme la documentación aportada, otros no le constan y deben ser probados, algunos no son hechos y otros no son ciertos; debiendo la parte actora probar que el actuar médico fue contrario a la *lex artis,* conforme a la historia clínica la cual documenta el cumplimiento pleno del deber médico y observancia de los procedimientos establecidos, no siendo el cuadro clínico evidenciador de una lesión isquémica, tratando a la paciente conforme su condición clínica, siendo expresa la explicación a la paciente de su condición, entregando recomendaciones de cara a cualquier complicación, ordenando toma seriada de tensión arterial. Expresándose en la demanda apreciaciones subjetivas. Los perjuicios reclamados son contrarios a la lógica, ateniéndose a lo que se pruebe.

Se opuso a las pretensiones, objeta el juramento estimatorio por no estar acorde con el art. 206 del C.G.P. y formula como medios exceptivos: *"FALTA DE JURISDICCIÓN; INEXISTENCIA DE CULPA DEL AGENTE- INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO - COMPORTAMIENTO DILIGENTE; OBLIGACIÓN DE MEDIO - EXONERACIÓN POR CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL PERSONAL MEDICO; INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD; INEXISTENCIA DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES O EXCESIVA TASACIÓN; INEXISTENCIA DE PERJUICIOS MATERIALES O PATRIMONIALES; APLICACIÓN DEL PRINCIPIO IURA NOVIT CURIA".*

Frente al llamamiento en garantía señala que es cierto que se suscribió la póliza 1018512 para la vigencia 24 de octubre de 2015 a 24 de octubre de 2016, ateniéndose a las condiciones de

aseguramiento particulares y generales, contenidas en la forma RCP-004-4, aclaró que el contrato de seguro opera bajo la modalidad de reclamación y por ende el que estuviera vigente no es relevante para el caso, no puede afectarse. También se suscribió la póliza 1022316 vigencia 12 de septiembre de 2019 a 12 de septiembre de 2020, con forma RCP-004-6, vigente para la fecha en que los demandantes presentaron reclamación al asegurado, la cual se entiende con la convocatoria a audiencia de conciliación extrajudicial el 10 de diciembre de 2019, pero los hechos no están bajo su amparo en retroactividad; advirtiendo que frente a las pretensiones se atienen a las condiciones del contrato de seguro 1018238 con vigencia del 17 de febrero de 2017 a 17 de febrero de 2018 por el cual se llama en garantía. Como excepciones propuso: "*NO COBERTURA; EVENTUAL CONFIGURACIÓN DE UNA EXCLUSIÓN ABSOLUTA; EXCLUSIÓN POR DOLO O CULPA EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD; LÍMITE Y SUBLÍMITE AL VALOR ASEGURADO Y CORRELATIVA DISPONIBILIDAD DE ÉSTE; DEDUCIBLE PACTADO; APLICACIÓN DEL PRINCIPIO IURA NOVIT CURIA*"

Respecto del Dr. ROBERTO JUAN STEER ROSADO la parte demandante presentó memorial desistiendo de las pretensiones formuladas en su contra, el cual fue aceptado en la audiencia de instrucción y juzgamiento realizada el 10 de agosto de 2021, razón por la cual se torna innecesario hacer referencia al contenido de su respuesta a la demanda.

## II. LA SENTENCIA IMPUGNADA

Surtido el trámite procesal, mediante providencia del 7 de diciembre de 2021 el Juzgado Primero Civil del Circuito de Bello negó las pretensiones de la demanda al considerar que no se

probaron los elementos de la pretensión; esto es, la culpa del galeno.

## III. LA IMPUGNACIÓN

6. Inconforme con la decisión de primer grado, la parte demandante interpuso el recurso de apelación en contra de la de la sentencia realizando los siguientes reparos

- Disiente afirmando que no se valoraron de manera adecuada las pruebas decretadas y evacuadas dentro del proceso; insistió que no es posible que por la no entrega de unos exámenes y ayudas diagnosticas se hubiese podido exonerar al médico demandado; pues ello no implica una negligencia del paciente, pues quien tiene el conocimiento y el criterio científico es el galeno tratante, por lo que si éste para la atención dispensada hubiese tenido en cuenta todos estos signos y síntomas que hizo referencia el perito el resultado no hubiese sido el que se presentó, evitando el fallecimiento de la paciente, toda vez que se debió dejar en observación y realizarle otro tipo de exámenes más especializados en otra institución con el nivel necesario para ello. Estimó que no es posible que se le exija a la paciente que indique en una consulta cuáles son sus antecedentes familiares sin previamente habérsele indagado por ellos, pues la paciente no es quien tiene el criterio científico para establecer cuando es pertinente u oportuno de acuerdo a la evaluación que le están haciendo relatar un antecedente médico; refiere que si la paciente estaba presentando unos síntomas coronarios, no puede tener el criterio para advertirlos; señaló que el demandado tuvo la posibilidad de verificar esos antecedentes si hubiera revisado la historia clínica completa en donde eso se dejó consignado; refirió que no se

demostró que no se hubiesen entregados los exámenes diagnósticos que se le ordenaron a la paciente, para que se tenga como la causa suficiente, única y relevante para exonerar a los médicos, cuando el perito, que es la prueba idónea en este asunto, señaló categóricamente que con los síntomas que ella venía presentando, eran típicos de un síndrome coronario, debiendo ampliar y extremar el nivel de alerta y prevención para evitar el desenlace que se dio en este caso.

- Arguyó que no se valoró la prueba testimonial que allegó la parte demandada de una manera adecuada, debido a que se presentan unos declarantes como testigos técnicos y no se estudia ni se atiende la tacha formulada, la cual se fundó en que ellos no debieron ser considerados como tales, pues este tiene la particularidad de haber conocido los hechos por alguna circunstancia en el ejercicio de su profesión, cosa que no ocurrió en este caso, por lo que no se puede tener su concepto de experto, pues tampoco fue pedido de esa manera y no debió ser practicado y en este sentido debió estudiarse la tacha presentada; manifestó que adicionalmente los testigos tampoco tienen el conocimiento para declarar en este asunto, realizando afirmaciones sin tener evidencia científica, lanzando conceptos de acuerdo a lo que ellos pudieron haber estudiado de la historia clínica, pues no pueden considerarse peritos ni testigos y mucho menos expertos. Dijo que el Juez no se pronunció sobre el concepto médico que se aportó con la demanda realizado por el Dr. Fredy Alonso Marín reiterándose la posición del perito, la cual nunca fue controvertida por la parte demandada.

- Insistió en que se aportó dos pruebas eficientes e idóneas para acreditar la culpa en que incurrió el médico demandado Edward

Antonio Flórez, sin que en la sentencia de primera instancia se tuvieran en cuenta, por el contrario sin sustento jurídico, pues no se dijo que con la evidencia física y con la historia clínica no era suficiente para determinar su diagnóstico o la patología que la aquejaba que era una enfermedad coronaria, sin que se presentara una prueba técnica que fuera en contravía de lo que se evidenció, conforme a la historia clínica y la evaluación de la paciente, por lo que los argumentos dados en la providencia objeto de alzada respecto de la falta de información de la paciente, lo que no se constituye en una prueba suficiente para exonerar; además que el perito fue claro en afirmar que en la historia clínica reposa una interpretación de los electrocardiogramas, lo que era suficiente para establecer, si efectivamente había o no una responsabilidad, lo cual fue respaldado en la prueba técnica debidamente aportada

## IV. TRÁMITE DE SEGUNDA INTANCIA.

Recibido el copiado en esta Corporación, asignándosele el conocimiento a la Dra. Martha Cecilia Ospina Patiño, se procedió a admitir el recurso de apelación. Por auto del 2 de noviembre de 2021 se corrió traslado al apelante para sustentar el recurso y una vez se pasó el proyecto a Sala de Decisión este no obtuvo mayoría, razón por la cual este Magistrado, que le sigue en turno, asumió el conocimiento del asunto.

Indicado lo anterior, se tiene que el apelante sustentó el recurso en esta instancia argumentando que:

1. Insistió que no es posible que a partir del criterio señalado por el juez, en donde indica que no se entregaron los resultados de unos exámenes y electrocardiogramas se hubiese podido exonerar al

demandado de la falla médica, pues ello no implica una negligencia por parte del paciente; toda vez que la conducta que debe valorarse es la del Dr. Edward Antonio Flórez en la atención del 9 de febrero de 2016, quien ordena las ayudas diagnósticas y tuvo a su disposición los resultados, interpretándolos como dice la Historia Clínica, pues si bien los resultados de los electrocardiogramas realizados son normales, el médico no observó la patología presentada por la paciente según su sintomatología, la cual fue subvalorada, considerándola como osteocondropatía no especificada e hipertensión esencial primaria, dando de alta con recomendaciones, signos de alarma o dolor en aumento, con la necesidad de llevar consigo los electrocardiogramas a la nueva consulta, pero sin ordenar la práctica de exámenes adicionales, como la troponina, dejando en observación, extremando niveles de alerta y remitiendo a mayor nivel de complejidad. Indicó que teniendo en cuenta que esta es la conducta que debe analizarse, se equivoca la sentencia al afirmar que la falta de entrega de los electrocardiogramas era relevantes y necesarios para la atención del 11 de febrero con el Dr. Steer, pero frente a él se desistió de las pretensiones, debiendo el juez centrarse en la conducta del 9 de febrero. Frente a esta atención el perito del CENDES afirmó que era suficiente los registros en la historia clínica para determinar los síntomas típicos de síndrome coronario y extremar niveles de alerta, pericia que no se analiza íntegramente.

Estimó que la conclusión respecto de la ausencia de manifestación de antecedentes familiares no era suficiente para exonerar al demandado, es equivocada, pues si la paciente presentaba síntomas para sospechar síndrome coronario, quien debía indagar era el médico, pero en todo caso mirando la Historia Clínica podría haberlo determinado. Sobre esta omisión se puede observar el

concepto médico allegado con la demanda, sobre el cual el juez no hace ninguna apreciación, en el que afirma que hay una omisión importante de enfoque de riesgo al no preguntar por los antecedentes familiares, teniendo en cuenta los síntomas encontrados, si se hubiera hecho se encontraba que el padre de la paciente falleció a los 50 años por paro cardiaco, como factor de riesgo adicional.

2. Adujo que el juez apreció esa prueba dando la espalda a los argumentos expuestos al resolver el recurso de reposición frente al auto de decreto de pruebas, que fueron retomados en los alegatos de conclusión, ya que los testimonios de Giovanni Alberto Muñoz y Rafael Antonio Piedrahita no podían recepcionarse como técnicos, pues no fueron testigos de los hechos en ejercicio de su profesión. En la sentencia se le da absoluta credibilidad, sin ser declarantes que estuvieron presentes en los hechos, además que trataron de controvertir el dictamen pericial, careciendo de formación técnica y científica para ello, sin soporte bibliográfico y científico. Señaló que tener en cuenta sus dichos como concepto de expertos atenta contra el derecho de defensa, pues así no fueron solicitados, ni decretados, debiendo ser recepcionados siempre que se garantizara el derecho de defensa.

3. Estimó que no tuvo en cuenta el juez, que la información fue suministrada por el apoderado del demandado, previo a la audiencia; observándose en su declaración inclinación en favor del demandado por ser parte de la misma institución y por el cargo que cada uno ocupa. Indicó que no es posible que funcionarios administrativos se pronuncien sobre unos hechos que no conocieron cuando ocurrieron, analizando la historia clínica, realizando análisis y concluyendo en favor del demandado. Nótese que afirman que

las guías médicas de manejo de enfermedades coronarias no son obligatorias, sino que son guías, manifestación irresponsable en contra de la *lex artis* y el dictamen pericial aportado.

4. Aclaró que estando en firme el dictamen, pues el perito sostuvo sus conclusiones y no hubo otro dictamen, no era posible concluir que al demandando podía exonerarse de responsabilidad por no contar con exámenes adicionales de la paciente y una supuesta falta de entrega de resultados, cuando su responsabilidad estaba definida por el error en el manejo médico, por subvalorar los síntomas típicos de síndrome coronario, por no acatar la guías de manejo de enfermedad coronaria aprobadas por el Ministerio de Salud, ni atender las estadísticas de muerte por enfermedades coronarias en el país. Tampoco indagó por los antecedentes familiares al observar el dolor precordial, la presión arterial, la obesidad, mareos, etc, y que al no presentar ST elevado, que en todo caso eran síntomas indicativos de síndrome coronario

5. Señaló que sentencia fustigada no se pronunció respecto del concepto médico que se arrimó con la demanda, suscrito por Fredy Alonso Marín, pese a ser decretado como prueba documental, el cual apunta a la responsabilidad del demandado, tesis que confirma el perito del CENDES. Dicho documento no fue controvertido por la parte demandada, al no solicitar su ratificación, ni tachado o desconocido por tanto es plena prueba.

6. Manifestó que existiendo las únicas dos pruebas idóneas que apuntan a la responsabilidad del Dr. FLOREZ, como el dictamen pericial, la Historia Clínica y el concepto médico de FREDY ALONSO MARIN, el juez se inclinó por deducir una supuesta conducta de la paciente que impidió un efectivo diagnóstico de síndrome coronario,

cuando se ha probado que con la evidencia presentada era suficiente, para sospechar esa enfermedad. Aseveró el recurrente que la parte actora cumplió con su carga probatoria, pero el demandado no aportó elemento alguno para desvirtuar su responsabilidad, pues los testimonios no podían ser valorados, por ello solicita se revoque la sentencia y se acceda a las pretensiones.

## V. CONSIDERACIONES

**5.1. De los presupuestos procesales y configuración de nulidades.** Al no advertirse ningún vicio que pueda invalidar lo actuado y al estar cabalmente satisfechos los presupuestos procesales, se procede a estimar el mérito del recurso.

Igualmente debe indicarse que conforme a lo establecido en el Decreto 806 de 2020 de la Presidencia de la República, se facultó al Juez de Segunda instancia para dictar sentencia por escrito, conforme a lo cual procederá esta Corporación.

**5.2. Problema jurídico**. Conforme a la competencia restringida del superior en sede de apelación, prevista en el artículo 328 del Código General del Proceso, habida cuenta del carácter rogado este medio de impugnación, formulado sólo por la parte demandante, la competencia se limita a los motivos de inconformidad expuestos por el recurrente.

En punto a ello, deberá determinarse con base en el acervo probatorio allegado al proceso si se demostró con suficiencia la culpa del galeno demandado consistente en falta de diagnóstico y negligencia respecto de los procedimientos practicados a la señora

Luz Mery Jaramillo, para entrar a determinar si se acreditaron los presupuestos de la pretensión.

**5.3. De la responsabilidad médica.** Como lo ha dicho la Jurisprudencia, la responsabilidad civil puede ser de origen contractual o extracontractual, teniendo lugar la primera, cuando la lesión que se ocasiona a otro patrimonio es consecuencia del incumplimiento o del cumplimiento tardío o inoportuno de un contrato, y la segunda, cuando el resultado dañoso se produce sin mediar la existencia de un vínculo contractual previo. Para la prosperidad de la pretensión indemnizatoria, en el caso de la responsabilidad, es de la carga de actor, según previsiones del artículo 167 del CGP probar el daño o perjuicio padecido, que puede ser patrimonial o extrapatrimonial, la culpa, que consiste en un error de conducta en que no habría incurrido una persona prudente colocada en las mismas condiciones y la relación de causalidad entre el acto culposo y el daño.

La doctrinaria y la jurisprudencia han sostenido, por regla general, que la obligación del médico es de medio y no de resultado, en el entendido de que éste no adquiere el compromiso de curar al paciente, pero sí a suministrarle los cuidados indispensables en procura de su curación, a poner a su disposición sus conocimientos y experiencia, a realizar los procedimientos y a tratarlo con el mayor cuidado y diligencia. En este sentido ha manifestado la Corte Suprema de Justicia que **"...** *La obligación que el médico contrae por el acuerdo es de medio y no de resultado, de tal manera que si no logra alcanzar el objetivo propuesto con el tratamiento o la intervención realizada, solamente podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios si se demuestra que incurrió en culpa por haber abandonado o descuidado el enfermo o por no haber utilizado diligentemente en su atención sus conocimientos científicos o por no haberle aplicado el tratamiento adecuado a su dolencia, a*

*pesar de que sabía que era el indicado…" "…Así, el demandado podrá exonerarse de responsabilidad demostrando ausencia de culpa, por haber puesto todo el cuidado que el caso requería, caso fortuito, fuerza mayor o culpa del paciente por no haber cumplido las prescripciones respectivas…"*[1]. En tratándose de la culpa, así la actividad médica lleve consigo un riesgo, el régimen es el de la culpa probada y no el previsto para la responsabilidad derivada del ejercicio de actividad peligrosa, en la cual la culpa se presume en quien la ejerce. De modo que, de lo que se trata en este asunto, es identificar con base en las pruebas allegadas y practicadas en el proceso, si en la atención profesional dispensada por el medico EDWARD ANTONIO FLOREZ ROMERO a la paciente LUZ MERY JARAMILLO TABARES, el día 9 de febrero de 2016, sus actos o procedimientos, sus conocimientos, el tratamiento científico, el cuidado al paciente, son la causa del daño que se le atribuye, sin perjuicio de la calificación en términos de diligencia y cuidado.

Bajo esta perspectiva, resulta diáfano concluir que de acuerdo con las reglas jurisprudenciales emanadas de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, para derivar responsabilidad civil del actuar médico, sea o no dentro del sistema general de salud, el demandante debe probar: (i) la presencia de un daño jurídicamente relevante, manifestada en el desconocimiento de los protocolos médicos o ***lex artis***; (ii) que éste sea normativamente atribuible al agente a quien se demanda la reparación; y (iii) que la conducta generadora del daño sea jurídicamente reprochable; pues no puede olvidarse que, sin miramiento a si se trata de la aplicación de la responsabilidad contractual o extracontractual, corresponde al demandante demostrar, en principio, no solo el actuar culposo y el daño padecido, sino también el nexo causal entre ese proceder u

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil sent. 26 de nov de 1986.

omisión negligente del causante y el perjuicio sufrido por aquel, salvo, la concertación de las partes alrededor de un resultado concreto y específico.

De acuerdo con lo anterior deviene inevitable auscultar los medios de convicción allegados al proceso para verificar si efectivamente la pretensora cumplió con la carga antes señalada, necesaria para hacer procedente la pretensión indemnizatoria y en ese sentido verificar si la decisión de la *iudex a quo* se acompasa con las mismas.

**5.4.** Por ello, se reitera, corresponde a los demandantes, acreditar los elementos estructurales de la responsabilidad médica predicada y que hubo un error en el diagnóstico por parte del profesional Flórez Romero, pues es allí donde se centran los reparos del recurso interpuesto a la sentencia ya referida.

En efecto, acorde con la historia clínica la señora Jaramillo Tabares es atendida por urgencias en la ESE BELLOSALUD el 9 de febrero de 2016 por el médico demandado, indicando como motivo de su consulta "*ME DUELE EL PECHO*" y describiéndose como enfermedades actuales "*ANTECEDENTES DE BUENA SALUD REFIERE CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN CON DOLOR EN EL PECHO EL BRAZO IZQUIERDO Y EL LADO IZQUIERDO DEL CUELLO. REFIERE QUE SE HACE MÁS INTENSO CUANDO RESPIRA PROFUNDO O AL CAMINAR, NIEGA OTRO SINTOMA*"; diagnosticándosele en ese momento "*DOLOR PRECORDIAL*"; razón por la cual ordenó un electrocardiograma que dio como resultado "*FC 119, RITMO SINUSAL, ONDA T INVERTIDA, ASIMETRICA, POCO PROFUNDA EN DIII + V1+V2+V3. SIN ALTERACIONES DEL SEGMENTO ST, VOLTAJE BAJO, NO SE CONOCE SI LOS CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS SON NORMALES EN ESTA PACIENTE…*", razón por la cual se dejó a la paciente en

observación con manejo analgésico, nuevo control con electrocardiograma y sin descartar además cuadro de anemia.

El médico tratante, ese mismo día, a la 5:01 p.m, concluyó respecto de lo hallado en el segundo examen electrocardiográfico realizado, como resultados "*NORMALES PARA LA PACIENTE Y QUE LA TAQUICARDIA SE ATRIBUYEA POSIBLE ANEMIA*"; dándole de alta con analgésicos y exámenes, incluida la toma seriada de tensión arterial, explicándole y dándole recomendaciones generales. Allí se le diagnosticó "*HIPERTENSIÓN ESENCIAL, OSTEOCONDROPATIA NO ESPECIFICADA*" y ordenes de exámenes de "*CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA, COLESTEROL TOTAL, COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, TRIGLICERIDOS, GLUCOSA (EN SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS*)".

Con la demanda se aportó informe de riesgo médico y jurídico del caso en donde el Dr. Fredy Alonso Marín Jaramillo, médico y cirujano de la U de A y especialista en gerencia de IPS; el cual no fue controvertido; y quien sobre la atención del 9 de febrero de 2016 aseveró con base en la historia clínica que la paciente fue atendida por dolor precordial irradiado a brazo izquierdo y cuello acompañado de signos y síntomas de alarma al encontrar una paciente hipertensa, con taquicardia sostenida y con cambios en los electrocardiogramas que se le tomaron en esa atención. Indicó que era un signo importante que el dolor que se describió se intensificara al caminar. Señaló que acorde con la observación realizada por el médico evaluador acorde con los hallazgos electrocardiográficos que se encontraron inicialmente en la paciente y los datos clínicos recopilados, era claro que no se trataba de un cuadro normal y era precisamente el médico tratante quien debía avanzar en la precisión diagnóstica y terapéutica.

Fue enfático en afirmar que con un cuadro clínico de dolor precordial asociado a hipertensión, taquicardia, carácter gravitativo con la actividad física, contando con un criterio electrocardiográfico en el que se evidenciaban cambios que correspondían a una posible lesión isquémica en la cara anterior y el septum cardiaco dado las alteraciones en las derivaciones DIII, V1, V2, V3, se debió buscar el criterio enzimático que confirmara o no la presencia de una afección coronaria aguda como la que la paciente ya demostraba; considerando que no se realizó un enfoque de riesgo de las condiciones que por clínica y electrocardiográficamente se habían encontrado, procediéndose a aplicar analgésicos básicos.

Refirió que se subvaloró tanto el cuadro clínico de la paciente que en el control del EKG que se le realizó se encontró, incluso, progresión de la lesión con compromiso sobre una derivación más y aun así no se hace un enfoque adecuado en el plan de manejo, considerándose los hallazgos como normales, cuando lo que procedía era un manejo prioritario con pruebas enzimáticas como la medición de tropinas para la confirmación de un evento coronario, el cual de no ser posible en ese momento, debió ser remitida a un nivel más alto de complejidad en una institución en donde pudieran dar continuidad a los requerimientos de salud de la paciente, además de no ternarse en cuenta el peso como un riesgo necesario dentro del contexto; considerando esa conducta como una pérdida de la oportunidad en el manejo de una patología cardiaca que termina manejándose como una condición normal y una posible anemia que tampoco se descarta con un examen básico de hemoglobina y hematocrito. Catalogándola como una omisión importante en el enfoque de riesgo.

La parte demandante aportó igualmente dictamen pericial rendido por el médico adscrito como perito a la Universidad Ces, Doctor TEIDHER JOVANY SERNA JIMÉNEZ, docente, especialista en medicina de urgencias y Coordinador de Emergencias de la Clínica Universitaria Bolivariana, indicó que la señora LUZ MERY no debió ser dada de alta en las atenciones del 9 y 11 de febrero de 2016, hasta que se estudiara completamente el origen del dolor torácico; que en dichas atenciones se omitió la realización de evaluación de riesgo coronario y del examen de enzimas cardiacas, necesario para establecer la existencia de síndrome coronario agudo en pacientes que, como la señora Jaramillo, no tienen elevación del ST; explicó que ésta presentaba factores de riesgo coronario obrantes en la historia clínica, como hipertensión y obesidad, los que debieron ser tenidos en cuenta por los médicos que la trataron en las referidas fechas, para no darla de alta y continuar el estudio del origen del dolor torácico, concluyendo que en este caso existieron dos factores que llevaron a la muerte de la paciente, así: "*a) Falta de continuidad en el tratamiento, los médicos que atendieron a la paciente los días 9 y 11 desconocían lo sucedido con la paciente el día 3, en el cual los signos, síntomas, diagnóstico y manejo propuesto coincidían con infección respiratoria aguda, que posiblemente tuvo mala evolución y asociada con saturaciones de 90, 92 y 94% debió contribuir con hipoxia a la enfermedad coronaria de la paciente. b) Se violan atributos de calidad y seguridad del paciente como pertinencia (al no dar enfoque a la paciente como enfermedad coronaria), a pesar de haber pensado en esta como posible diagnóstico (solicitaron EKG), oportunidad y acceso (si la enferma hubiese sido enfocada como paciente con síndrome coronario agudo sin elevación del ST hubiera accedido a los estudios para esta enfermedad y posiblemente tenido un diagnóstico y manejo oportuno que impactarían en el riesgo de muerte)*.".

También dijo el perito, que los médicos que atendieron a la paciente en la ESE Bellosalud los días 9 y 11 de febrero de 2016, no cumplieron con las guías para el manejo del síndrome coronario

agudo; que existe relación de causalidad probable entre las atenciones de los médicos de la ESE Bello-salud y el deceso de la señora JARAMILLO TABARES y que: "*si la paciente hubiera sido manejada de acuerdo con las Guías de Síndrome coronario agudo, probablemente el diagnóstico y manejo oportuno, hubieran evitado su muerte a raíz de esta enfermedad en ese momento*".

Dicha experticia fue objeto de contradicción en audiencia y sobre la consulta del día 9 de febrero de 2016, expuso el experto que: "…*si este paciente de entrada el médico considera que tiene un dolor torácico de naturaleza cardiaca y por consiguiente solicita un electrocardiograma, el paso a seguir teniendo en cuenta lo que la paciente está presentando que ya de entrada es una hipertensión arterial, que si lo corroboramos con las cifras de presión arterial también del día 3 donde también se encontraba hipertensa y que hace parte de la historia a la cual el médico debe tener acceso al momento de evaluar el paciente, ya tiene dos factores de riesgo que son la hipertensión arterial y la obesidad que describimos ahorita en lo que tenía que ver con el índice de masa corporal, asociado a una paciente con un dolor torácico que para acabar de ajustar era opresivo que se refería al miembro superior izquierdo, que tenía unas características muy típicas, no diagnostica un síndrome coronario pero si amerita el estudio para diagnosticar un síndrome coronario agudo que se terminaría de configurar solicitando una enzima cardiaca que se llama troponina…"*

Luego, aseveró al referir a las atenciones del 9 y 11 de febrero de 2016, que: "*considero que faltó profundizar en la atención de la paciente Luz Mery, que se pudo haber disminuido el daño de haber un diagnóstico oportuno teniendo en cuenta que para el gremio de la salud, para el personal médico el tiempo que nos demoramos nosotros en patología como el síndrome coronario en hacer diagnóstico y manejo empeora el pronóstico y aumenta el riesgo de que nuestros pacientes tengan complicaciones como mortalidad o como comorbilidad…* ".

A la pregunta "¿De acuerdo a la conclusión de egreso del 9 de febrero de 2016 por parte del doctor Edwar Flórez donde indica que

la taquicardia se atribuye a posible anemia, esa conclusión fue acertada?", expresó "*Yo no puedo decir si el diagnóstico de anemia era o no era porque no se realizó, lo que definitivamente si no es acertado es que si un paciente está taquicardico y con dolor en el pecho por un síndrome anémico el paciente deba de ser dado de alta, el paciente se tuvo que haber quedado para estudiar anemia y pues si era una anemia lo que estaba causando el dolor en el pecho, hay que tener presente que la anemia es una de las causas de síndrome coronario en pacientes que tienen arterias que ya están muy cerradas, el síndrome anémico lo que nos lleva es a conducir menor cantidad de oxígeno y a que el paciente pueda ser sintomático, con mayor razón el paciente no se debió haber retirado del servicio*".

Expresó también el galeno experto que, los síntomas de la paciente podrían ser indicativos de otras patologías, pero en un caso distinto al de la fallecida, porque según la historia clínica de la paciente donde está descrito un índice de masa corporal superior a 30 y signos vitales con hipertensión arterial era indispensable que se hiciera estudio adicional; explicó que la víctima debió haber sido estratificada y no quedarse solo con la evaluación clínica y el electrocardiograma, sino que se tuvo que haber realizado una troponina que permitiera saber si tenía un síndrome coronario agudo no ST o si se estaba ante un paciente con una angina inestable y, de acuerdo con eso, en el sitio de remisión a donde la paciente debía llegar, el cardiólogo definiría si le realizaba una prueba de esfuerzo o si lo que hacía era llevarla directamente a una prueba de estratificación invasiva; expresó que cuando un paciente llega con los síntomas de la señora Jaramillo lo primero que se debe analizar es la probabilidad de enfermedad coronaria, que en este caso era alta por el índice de masa corporal elevado y la hipertensión arterial; que cuando se define la probabilidad se empieza a clasificar el riesgo para lo cual se hace primero un electrocardiograma que puede diagnosticar de una vez un síndrome

coronario que es el que tiene elevación del ST y, si no hay elevación del ST, pero la clínica de la paciente corresponde a que puede tener un síndrome coronario agudo, la obligación del médico es pasar a solicitar un examen que se llama troponina, el cual dice si el paciente tiene un síndrome coronario agudo no ST o si no lo tiene. Al ser interrogado sobre si la paciente podía clasificarse como un caso atípico o científicamente dudoso porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o son indicativos de varias afecciones, respondió que la presentación de la paciente no es atípica sino típica de una paciente con síndrome coronario agudo; que en los hospitales de baja complejidad no necesariamente tiene que haber laboratorio clínico y aunque lo hubiera puede que no tengan examen para troponinas, pero ello no implica que el paciente deba ser dado de alta, sino que deba ser remitido y hacer lo posible para que se haga lo más pronto posible; que por eso debe ser remitido y no referido a un laboratorio por fuera a que le realicen el examen, pues tiene que haber continuidad en la atención; que un paciente con infarto agudo de miocardio puede sobrevivir por espacio de días; al ser indagado sobre cómo puede asegurar que la muerte de la señora LUZ MERY JARAMILLO era evitable y que es causa de una mala praxis médica si no reposa en el expediente necropsia que determine claramente la causa de muerte, respondió: "*de acuerdo a lo contenido en la historia clínica es obligación de los peritos hacer el análisis de la información y a partir de ese análisis dar nuestra opinión acerca de lo que corresponda, si bien solamente fuera la necropsia quien se encargara de hacer este tipo de aseveraciones tal y como lo acabas de describir no sería peritaje sino necropsias únicamente*".

Al ser indagado por el Juez sobre si el protocolo que se siguió con la paciente el 9 de febrero de 2016, dado el nivel bajo de atención de la IPS, fue adecuado, respondió que la paciente ya no presentaba asfixia y estaba documentado que era obesa e hipertensa y de

acuerdo con eso el protocolo llevaba a estudio de enfermedad coronaria; al ser indagado por la hipertensión arterial apenas en estudio, dijo que los exámenes que le ordenaron a la paciente no fueron para diagnosticar la hipertensión arterial, sino para diagnosticar factores de riesgo conexos con la hipertensión arterial que ya estaba diagnosticada; debiéndosele retener en la institución prestadora del servicio de salud o remitirla, si no contaba con los medios necesarios para su atención. Sobre el efecto de la falta de reporte de antecedentes cardiacos de la paciente dijo que es muy importante que los pacientes entreguen información suficiente y que los médicos indaguen adecuadamente por información de ese tipo, pero que en este caso habían otros dos factores de riesgo diagnosticados previamente, que aunque no eran crónicos, porque apenas estaban iniciando su estudio, debían ser tenidos en cuenta como factores de riesgo; que el antecedente del fallecimiento del papá de la paciente con ocasión de una enfermedad cardiaca solo aparece en la historia clínica cuando la paciente llegó en paro, pero lo que tiene que ver con hipertensión y obesidad son antecedentes que están en atenciones recientes y, por ende, debieron ser tenidos en cuenta por el médico para tomar una decisión; al responder a la pregunta relativa a la necesidad de que la paciente se realizara y reportara el resultado de los exámenes de laboratorio que le fueron ordenados, dijo que éstos son solo para establecer factores de riesgo que agravan el diagnóstico, pero para realizar éste, no se necesitaban los exámenes ordenados, sino el de troponinas que no fue ordenado.

En interrogatorio rendido por el Dr. Edwuar Antonio Flórez manifestó que la paciente llega el 9 de febrero de 2006 con "*…un cuadro de dolor en el pecho (…) de un día de evolución, describe un dolor a nivel del pecho, brazo y el cuello, manifestando que se cansa cuando realiza alguna*

*actividad física o cuando hace respiraciones profundas*"; indicó que al preguntarle por los antecedentes personales a la paciente, le refirió que no tenía ninguno en específico; dijo que un dolor precordial no es explícito de afectación cardiaca; señaló que para los síntomas que presentaba la paciente la conducta que se debe tomar es la del examen físico y la evolución del paciente, pues no todo paciente con dolor precordial debe ser llevado a cardiología. Agregó que al momento de llegar a urgencias la evalúa para determinar la conducta a seguir acorde con lo que la paciente le describe determinando que "*al examen físico el dolor que la paciente describe es reproducible a la palpación, al momento de hacer contacto en la zona de dolor precordial, cuello y brazo, el dolor aumenta al hacer ese tipo de palpación. Lo mismo que al hacer la movilización del brazo, al mover el brazo la paciente describe dolor, al tomar aire o una inspiración profunda, también presenta dicho dolor. Teniendo en cuenta ese examen físico y lo hallazgos yo decido quedarme con la paciente en observación, la paciente no se fue inmediatamente (…) se le aplican analgésicos para el dolor que la paciente describe y que yo reproduzco con mi examen físico y teniendo en cuenta que es un dolor precordial se le hace un electrocardiograma, para evaluar las condiciones de ingreso de la paciente. Luego la paciente queda en observación, viendo el electrocardiograma, las características (…) de éste. La paciente queda en observación, luego de un poco más de dos horas la paciente refiere mejoría del cuadro clínico y se le hace un electrocardiograma de control, que es lo que se debe hacer evolutivamente. El segundo electrocardiograma se realiza encontrando las mismas características del inicio, lo que indica que no hubo un cambio y además la paciente refería mejoría de su estado clínico, después de la evolución clínica que se le hizo. Eso asociado al examen físico que yo le realizó que es un dolor de origen torácico, hasta ese momento yo actúo en consecuencia de los hallazgos que yo tengo (…) además que la paciente presentaba aumento de la presión y es algo que tenía que seguir evaluando, porque se le pide exámenes complementarios a la atención; (…) además se le pide toma seriada de presión arterial la cual consiste en hacer un seguimiento a esa presión durante tres días para determinar si la paciente tiene o no el diagnostico de hipertensión arterial, que al momento de llegar al servicio de urgencias no lo tenía diagnosticado…*". Señaló que al dársele de alta se registra una presión arterial de 144/95,

considerándola como una hipertensión estadio 1, sin que se pudiera hablar de riesgo. Respecto de la frecuencia cardiaca se mantenía dentro de los mismos rangos 122. Al preguntársele porque dio de alta a la paciente con estos valores tan elevados en su presión y frecuencia cardiaca, advirtió que: "…*la presión si hubo una evolución, si hubo una mejoría en los valores de la presión arterial. (…) La paciente refirió mejoría del cuadro clínico descrito al momento del ingreso. (…) La frecuencia cardiaca se mantuvo y hay que tener en cuenta que un dolor precordial no es solo de origen cardiaco, tenemos varios motivos para tener la frecuencia cardiaca alta, desde un estado de intranquilidad, un estado de ansiedad, un estado de dolor, un estado de anemia. Una presión arterial no diagnosticada puede llevar a la frecuencia cardiaca levemente aumentada y basado en eso se hace lo que se conoce como enfoque de riesgo, se le piden a la paciente unos exámenes correspondientes para poder evaluar esas características que la paciente presenta y que en el momento del examen físico no constituyen un riesgo para la paciente, teniendo en cuenta que se le hace el seguimiento, la observación, la evolución con un electrocardiograma, todas esas características que indican que la paciente evidentemente si tiene una alteración de su salud, pero que en ese momento no es un manejo de urgencias, basados en los hallazgos que se tienen al examen físico y el electrocardiograma*."

Al indagársele nuevamente sobre la variación en los electrocardiogramas realizados advirtió que: "…*hay unas características en el electrocardiograma que se encuentran al momento de ingresar la paciente; el primer electrocardiograma que se le hizo, hay unas características en el trazado del electrocardiograma que se encuentran allí presentes, como no existe un electrocardiograma previo conocido de la paciente, desconozco si esos cambios que están allí, si esas características, poque no podemos hablar de cambios, (…) ya presentes en la paciente en situaciones anteriores o si aparecen de nuevo, por eso la paciente queda en observación y se le repite el electrocardiograma un poco más de dos horas después, para evaluar si hay un variación en ese trazado de ese electrocardiograma*". Explica el resultado del electrocardiograma indicando que la frecuencia es el ritmo o velocidad con la que el corazón va, contado por minutos; el ritmo sinusal quiere decir que el impulso que es el que hace que el

corazón lata, parta del punto de donde debe partir; o sea que, es de base normal. En relación a la "onda t invertida", se refiere a la repolarización ventricular, la cual puede verse alterada por distintos factores que se evalúa de distintas formas, una de ellas es la inversión de la onda, cuando esto se da es una "T" invertida hacia abajo; al decirse que era asimétrica, los dos lados no son iguales, uno está más inclinado que el siguiente y que es poco profunda que contando los milímetros que hay en el electrocardiograma no llega a pasar más del 20% del complejo QRS; esto es, una inversión pequeña, no profunda, solo pequeña y asimétrica. Los símbolos V1, V2 y V3 son los electrodos que se ubican, midiendo el punto desde donde se está evaluando el ritmo.

Estimó que el electrocardiograma inicial si presentaba alteraciones cardiacas, sin que se constituyan en un infarto, porque esas alteraciones se pueden presentar en muchas otras patologías cardiacas que no requieren manejo de urgencias que pueden ser patologías crónicas, por ejemplo, una hipertrofia ventricular, una miocardiopatía hipertrófica, que son enfermedades evolutivas en el tiempo, inclusive que pueden ser asintomáticas y que el paciente no llegue a conocerlas. Indicó que lo descrito para el infarto son unas "T" invertidas simétricas y profundas y en el caso de la paciente las ondas eran asimétricas y poco profundas, que no se constituye en aguda, razón por la cual se hace un electrocardiograma evolutivo, para mirar los cambios en esas hondas, describiéndose que siguen siendo ondas "T" asimétricas, poco profundas, que no hay alteración del segmento ST (línea recta que une el complejo de redes con la onda "T"), el cual puede subirse o bajarse dependiendo de la patología cardiaca que se esté dando y para los infartos lo común es la elevación de ese segmento, por lo que todas estas características unidas nos hablan de diferentes patologías cardiacas,

algunas de manejo agudo y otras de manejo crónico. Aclaró que el dolor que la paciente describía es reproducible a la palpación, típico de los dolores que son de origen osteomuscular. Indica que el dolor precordial (antes del corazón) no es especifico de problema cardiaco, pues un trauma torácico, inflamación del tórax, pueden causar dolor precordial.

Al indagársele sobre los signos y síntomas para determinar un paro cardiaco dijo que "*Teniendo en cuenta que en medicina no es como las matemáticas (…), para eso es la evaluación, para eso es el seguimiento, para eso son los exámenes. Un infarto, no hablemos de paro, incluso puede pasar como silente, como nunca percibido. Un paciente puede sufrir un infarto y nunca darse cuenta de él, no siente nada, no consulta, no va donde el médico y esa persona sufrir infarto sin darse cuenta de dicho cuadro clínico. (…) existen los espectros clínicos desde el que no siente nada y se enteró que tuvo algo hasta el muy sintomático que usted puede perder el conocimiento (…) y dentro de esos existen cientos de categorías distintas, cientos de estados diferentes; por eso la medicina no es dos más dos, por eso uno usted va evaluando lo que va encontrando (…)*". Insistió en que pese a no revisar la historia clínica anterior si interrogó a la paciente sobre sus antecedentes personales.

Los testimonios de los galenos GIOVANNI ALBERTO MUÑOZ y RAFAEL ANTONIO PIEDRAHITA son coincidentes en afirmar que en ninguna parte de la historia clínica la paciente refirió sobre los antecedentes de problemas coronarios en su familia, específicamente del padre, información importante para llegar a un diagnóstico; respecto de las atenciones médicas se dijo que, era muy importante lo que se podía evidenciar a través del examen clínico, debido a que cuando se encuentra con un paciente con dolor torácico en el lado izquierdo, como el caso sometido a estudio, lo primero que se debe pensar es en una patología osteomuscular, porque si se piensa en una cardiaca, no se presentaría el dolor

exacerbado a la movilización, encontrando el diagnóstico dado inicialmente como acertado. Aducen que era importante además contar con el antecedente de problemas hipertensivos, tabaquismo, diabetes mellitus cosa que no se dio, solamente se encontraba presente el antecedente de obesidad grado 1, concluyendo que no estaban presentes todos los factores de riesgo para llegar al diagnóstico ya indicado. Resaltan que el médico tratante en la atención del 9 de febrero realizó un interrogatorio exhaustivo a la paciente y que se describieron en el motivo de consulta, además del examen clínico. Adicionalmente adujeron que el diagnóstico de *OSTEOCONDROPATIA NO ESPECIFICADA* dado era el acertado en ese momento. Es de resaltar además que dichos testimonios no se aprecian caprichosos o prejuiciosos y mucho menos parcializados, razón por la cual la tacha no debió aceptarse.

Los dichos de éstos profesionales de la salud fueron tachados, la cual se fundó en la falta de idoneidad de los mismos, pues el testigo técnico tiene la particularidad de haber conocido los hechos por alguna circunstancia en el ejercicio de su profesión, cosa que no ocurrió en este caso, sin que se pudiera tener el concepto de aquellos como el de expertos, pues tampoco fue pedido de esa manera y no debió ser practicado; manifestó que adicionalmente los testigos tampoco tienen el conocimiento para declarar en este asunto, realizando afirmaciones sin tener evidencia científica, lanzando conceptos de acuerdo a lo que ellos pudieron haber estudiado de la historia clínica, pues no pueden considerarse peritos ni testigos y mucho menos expertos.

Sobre este punto, es claro que la tacha no saldrá avante, debido a que gran parte del arsenal probatorio del que se aprovisionan las partes consiste, mayormente, en solicitar el testimonio del personal

que lo ayudó en la intervención cuestionada, al igual que el de aquellos colegas que por su experiencia y sapiencia pueden rendir versiones científicamente similares a la que ha reiterado el facultativo demandado desde que contestó el introductorio. Éstos últimos, si bien puede considerarse que su declaración muta en uno o un sinnúmero de experticias, en este tipo de casos no resulta cierto, pues no se debe olvidar que, *"al testigo se le pide noticia de los hechos, al perito se le pide un criterio, una apreciación; del primero se invoca la memoria, del segundo la ciencia..."*[2], y aunque los aludidos testimonios no trasmite noticia de hechos, sino ciencia, este se debe dar conforme a los presupuestos de su formación; esto es como testigo, aclarando en muchos casos el panorama fáctico y científico del juez, que por obvias razones no domina los aspectos íntimos de la medicina, pero que lo pueden llevar a un convencimiento pleno de lo sucedido en el caso concreto; no debiéndose considerar el denominado testimonio técnico de manera aislada, sino acorde con las demás probanzas, tornándose en pieza fundamental para desentrañar si en efecto existe responsabilidad del médico, que se traduzca en una condena concreta.

De lo referido hasta este punto se puede afirmar, en general, que la prueba recaudada carece de entidad persuasoria respecto de la conducta señalada como culposa, es huérfana de precisión en cuanto al hecho puntual que la genera, deja en la indeterminación esa fuente de culpa respecto de los tres momentos en que profesionales distintos interactuaron con la paciente, dilucidando lo hecho frente a lo deseable; la pericial, además de estar a cargo de profesionales con formación y funciones distantes de la especialidad analizada, que afectan su idoneidad como peritos en la materia, ofrecen en vez de conclusiones "opiniones" y carecen de la nitidez

[2] LESSONA, Carlos. Teoría general de la prueba civil. Pág. 518.

en sus juicios en función de auxiliar al Juez de la causa con seguridad y certeza en su dictamen. Se desatienden las especiales condiciones de la paciente, que en la valoración del 9 de febrero de 2016 el médico FLOREZ ROMERO fue coherente con el diagnóstico que efectuó y, sobre todo, se pasa por alto la orfandad probatoria en cuanto a la individualización de la conducta reprochable a cada uno de los tres galenos intervinientes en la atención.

Esta índole de causa se caracteriza por atender a la culpa probada, es decir, debe quien demandada acreditar todos los supuestos en los cuales apoya sus pretensiones y es ajena a cualquier presunción de responsabilidad. Debe además establecerse de manera inequívoca, precisa y suficiente la relación entre el actuar contrario a la *lex artis ad hoc* que se atribuye al profesional demandado y el resultado dañoso (nexo causal), siendo en tal análisis ineluctable para el juzgador escuchar a los expertos, valga decir, a aquellos que, por su especial formación y autoridad en el área específica, le brinden conclusiones ciertas y científicas, que no meras opiniones o juicios genéricos carentes de rigor. El juzgamiento del acto médico no puede equipararse a la revisión panorámica o disciplinar de la atención brindada a un paciente para señalar que careció de profundidad en el diagnóstico, que se omitieron ayudas para tal fin o se califiquen de erradas las conclusiones de los tratantes, en alguno de sus momentos, sobre todo si se considera el fatal desenlace. Se trata, en puridad de verdad, de acreditar plenamente el actuar contrario a los protocolos médicos, en un momento específico, por parte de un sujeto determinado y en oposición a esos mandatos científicos, con una fuerza causal de tal entidad que permita erigirla como causa suficiente y necesaria respecto del resultado dañoso. Lo anterior por cuanto en nuestro país, debe tenerse presente, el régimen de responsabilidad en el ejercicio de la

medicina asistencial es de medio y la obligación del profesional se agota en su conducta diligente y respetuosa de los protocolos médicos.

Sobre el punto, es necesario retomar el informe de riesgo médico y jurídico del caso, en donde el Dr. Fredy Alonso Marín Jaramillo, el galeno tiene especialidad en gerencia de IPS y en el padecimiento de la señora Luz Mery Jaramillo, no es conclusivo en afirmar que efectivamente la conducta desplegada por el demandado hubiese sido contraria a los procedimientos y protocolos médicos. Por el contrario se afirma que al tenerse con todas la ayudas diagnosticas solicitadas para descartar problemas cardiacos, se debió ahondar, a su juicio, con un examen de enzimas cardiacas, que para ese momento y ante la mejoría de los síntomas el galeno encartado en este asunto no consideró necesario. Es así como de éste documentos no se puede derivar, de manera clara y contundente una conducta omisiva o negligente en la atención prestada a la señora Jaramillo el 9 de febrero de 2016, por el contrario el médico actúo acorde con los parámetros, indicándole a la paciente la conducta a seguir, pues como se indicó por todos los expertos al realizarse el electrocardiograma no hubo un aumento en el segmento ST, las cuales derivarían necesariamente en un infarto, por lo que podrían ser variadas las dolencias que podrían derivarse del dolor precordial y no necesariamente una coronaria.

Ahora bien el perito Theider Jovany Serna Jiménez con base en la historia clínica dictaminó que faltó profundizar en la atención de la víctima, pues no se realizó un tratamiento y un diagnóstico adecuado para una paciente taquicárdica y con dolor en el pecho por un síndrome anémico, debiéndose haber quedado para el estudio de la anemia, pues era una de las causas del síndrome

coronario, por lo que no debió retirarse del servicio, pues debían realizarse un examen especializado de tropinas. Agregó que la primera consulta no ésta correlacionada con los signos y síntomas de la atención del 9 y 11 de febrero, significando que, si bien la atención del 11 no refiere al dolo precordial, si a un frio que corresponde a signos disautónomicos relacionados con el síndrome coronario.

Sin embargo no fue enfático y conclusivo en sus dichos, pues afirmó que una paciente con un dolor torácico no siempre se diagnostica un síndrome coronario y que pese a que ameritaría el estudio para diagnosticar éste, los síntomas de la paciente podrían ser indicativos de otras patologías. Estimó además que cuando se define esta probabilidad se empieza a clasificar el riesgo para lo cual se hace primero un electrocardiograma, cosa que hizo el médico demandado, pudiéndose diagnosticar de una vez un síndrome coronario, al requerirse elevación del ST y, si no hay elevación del ST, a su juicio, un examen de tropinas, pues la clínica de la paciente correspondía a éste síndrome.

Respecto de los antecedentes de la paciente, señaló que es muy importante que los pacientes entreguen información suficiente y que los médicos indaguen adecuadamente por información de ese tipo, cosa que hizo el Dr. Flórez al ingreso de la paciente y en donde la señora Luz Mery Jaramillo advirtió que no poseía ninguno, pues el antecedente del fallecimiento del papá de la paciente, con ocasión de una enfermedad cardiaca, solo aparece en la historia clínica cuando ésta llegó en paro y no antes, por lo que tampoco es un indicio para endilgar responsabilidad al demandado.

Sobre el error en el diagnostico la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC5100 de 2020 M.P. Francisco Ternera Barrios indicó: "*a.- En relación con el error en el diagnóstico, que los demandantes imputaron a la pasiva, el Tribunal, con apoyo en doctrina, explica que, conforme al artículo 10 de la Ley 23 de 1981, el médico compromete su responsabilidad si incurre en error inexcusable o si falta de otra manera a la técnica y a las reglas científicas prescritas. Esto es, a los medios diagnósticos y terapéuticos aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas, todo de acuerdo con lo indicado por el artículo 8 del decreto 3380 de 1981. En consecuencia, recalca que "el simple error de diagnóstico no es suficiente para engendrar un daño resarcirle, ya que al médico no se le puede imponer el deber de acertar" (f. 81, c. 2), riesgo este inseparable de la profesión médica. Agrega que "lo que sí configura una actuación médica culposa es la omisión de realizar los exámenes que la dolencia impone, o que no se hayan tomado todas las medidas para evitar el error*" (Subrayas propias).

De acuerdo con lo anterior, refulge diáfano que en este caso específico el Dr. Edward Flórez, no solo advirtió un posible síndrome coronario, sino que realizó todos los exámenes y ayudas diagnósticas para descartarlo y ante la mejoría de los síntomas de la paciente luego de dejarla en observación por espacio de más de dos horas, la refirió para la realización de la toma de presión para un diagnóstico acertado de hipertensión y otros exámenes conclusivos para poder determinar otras afecciones que no sufría la víctima, pero que fueron detectadas en el examen físico.

Ahora bien, resulta imperioso advertir que la parte demandante no cumplió con la carga de la prueba que le impone el artículo 167 del C. General del P., pues se pudo colegir que en la atención del 9 de febrero de 2016 los signos y síntomas que presentaba la paciente no eran coincidentes con un síndrome coronario; por lo que forzoso es concluir que no se contravino los estándares médicos ni mucho menos la *lex artis* con los procedimientos realizados, por el

contrario, actuó conforme la literatura médica lo indicaba; acompañando a la paciente e informándole de las causas y consecuencias de su patología y el tratamiento a seguir.

De otra parte, no puede perderse de vista que la paciente regresó a consulta y dada la persistencia de sus síntomas, el día 11 de febrero, correspondiendo su valoración al profesional respecto del cual se desistió de la acción. Tal reincidencia debió merecer, tal vez, un grado especial de alerta y unas medidas acordes, conducta cuya calificación se escapa a este análisis por tratarse de una persona ajena al proceso, pero que necesariamente diluye cualquier juicio de reproche frente al único demandado y frente a la inesquivable relación de causalidad que precisaría el declarar la responsabilidad pretendida.

Bajo esta perspectiva, advierte la Sala que los demandantes debieron acreditar para el buen éxito de su pretensión indemnizatoria "la culpa" que le atribuye al demandado en este proceso, pues el caso se enmarca en el régimen de culpa probada, manifestada en el diagnostico realizado el 9 de febrero de 2016.

Corolario de lo expuesto, se itera que el régimen general de responsabilidad civil bajo el cual se encuadran las pretensiones indemnizatorias derivadas del ejercicio de la actividad médica corresponde al régimen de culpa probada, en virtud del cual debe el paciente o perjudicado demostrar los elementos estructurales de la responsabilidad, sin que en este caso se evidencie un esfuerzo probatorio contundente por parte de los pretensores en orden a acreditar dichos elementos; por el contrario, huérfano de demostración en este sentido se encuentra el plenario, no pudiendo entonces accederse a lo peticionado.

De otro lado, y como no se dan los presupuestos de la pretensión, no hay lugar a emitir algún pronunciamieto sobre el llamamiento en garantía.

**5.5. CONCLUSIÓN**. De acuerdo con lo expuesto, la sentencia motivo de inconformidad será **CONFIRMADA** en su integridad condenando en costas en esta instancia a los pretensores.

## VII. DECISIÓN:

Por lo expuesto, **EL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN, EN SALA CIVIL DEL DECISIÓN,** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

## VIII. F A L L A :

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia del 7 de septiembre de 2021 proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Oralidad de Bello, dentro del proceso Verbal de responsabilidad médica instaurado por DIANA JOHANNA OSPINA JARAMILLO en nombre propio y en representación de su hijo menor JUAN ANDRÉS QUINTERO OSPINA; ZORAIDA ANDREA OSPINA JARAMILLO en nombre propio y en representación de hija menor SOFIA ARANGO OSPINA en contra de EDWUAR ANTONIO FLOREZ ROMERO y ROBERTO JUAN STEER ROSADO.

**SEGUNDO:** Se condena en costas a los demandantes a favor del demandado.

**TERCERO**: Ejecutoriada la sentencia, devuélvase el expediente al Juzgado de origen.

**N O T I F Í Q U E S E**

**JOSÉ GILDARDO RAMÍREZ GIRALDO**

(Firma escaneada conforme al art. 11 del Decreto 491 de 2020 Ministerio de Justicia y del Derecho)
Utilizada para decisiones de la Sala Tercera de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín

**GLORIA PATRICIA MONTOYA ARBELÁEZ**
**Magistrada**

**MARTHA CECILIA OSPINA PATIÑO**
(Firma escaneada conforme al art. 11 del Decreto 491 de 2020 Ministerio de Justicia y del Derecho)
*Utilizada para decisiones de la Sala Tercera de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín*
**(Con salvamento de voto)**